

REQUERIMENTO

Ilmo. Sr. Diretor,

Eu
(nome completo)

.....
(RG) (cargo/função)

Venho requerer a Vossa Senhoria, conforme comprovante anexo, o que segue:

JUSTIFICATIVA DE

FALTA () ATRASO () FALTA REUNIÃO **{** **Conselho ()**
Planejamento ()
Reunião de Área ()
Reunião Pedagógica ()

de (quantidade de hora-aula/minutos) referente ao dia ___/___/___, por motivo:

() **PRESENÇA EM OUTRA U.E. DO CENTRO PAULA SOUZA**

() **FALTA MÉDICA**

() **CAPACITAÇÃO** de dias, referente ao período de ___/___/___ à ___/___/___.

Tema:

() **LICENÇA MÉDICA** de dias, referente ao período de ___/___/___ à ___/___/___ CID ____.

() **GALA** de dias, referente ao período de ___/___/___ à ___/___/___.

() **NOJO** de dias, referente ao período de ___/___/___ à ___/___/___.

() **LICENÇA MATERNIDADE** de dias, referente ao período de ___/___/___ à ___/___/___.

() **LICENÇA PATERNIDADE** de dias, referente ao período de ___/___/___ à ___/___/___.

() **Serviço Obrigatório(SO) e Prevista em Lei(PL)** de dia(s), referente ao(s)

dia(s) (A Direção deverá ser informada com antecedência).

() **Outros:**

Nestes Termos, peço deferimento.

Lorena, de de 2019.

Assinatura

Informação da Diretoria de Serviço

O requerente, Faz Jus ao solicitado.

Não faz jus ao solicitado.

Observações: _____

Diretoria de Serviço

Deferido

Indeferido

Observações: _____

Lorena, ___/___/2019

Diretor

Obs.: Este Requerimento deverá ser entregue no dia subsequente a data do afastamento, salvo **Falta Prevista em lei (PL)** que deverá ser informada com antecedência e **Licença Médica** (Falta médica a partir de 2 dias). Na impossibilidade da entrega do mesmo dentro do período do afastamento, um representante deverá entregá-lo na Diretoria de Serviços Administrativos.